Rok XXX. Kraków, 26 Września 1891. Nr. 39.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Rocznie:** | w Austryi 8 złr. 80 ct. | w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rs. | w Niemczech 14 mk. | we **Francyi** 24 fr. |
| **Półrocznie:** | „ 4 „ 40 „ | „ „ „ „ 3 „ | „ 7 „ | „ 12 „ |
| **Kwartalnie:** | „ 2 „ 20 „ | „ „ „ „ 1½ „ | „ 3½ „ | „ 6 „ |




## I. Powikłanie połogu nadmierną bębnicą skutkiem opadnięcia jelit do zatoki Douglasa[1]).

Podał
prof. Dr. A. Mars.

Kehrer w dziele położniczem zbiorowem Müllera podaje, że zachowanie się przewodu pokarmowego w czasie połogu nie jest dostatecznie zbadane i że w tym kierunku rozległe badania są potrzebne; a Müller w cennem dziele: *„die Krankheiten des weiblichen Körpers"* str. 3. mówi, że zagłębienie jelit podczas ciąży i połogu bywa nierzadko spostrzegane, a mimo to przytacza tylko nieliczne przypadki, opisane przez Gottscheda, G. Brauna, Albrechta, Hildebrandta, Tarnowskiego. Przeglądając piśmiennictwo odnośne, rzadko tylko spotkać się można ze zmianami dotyczącemi nieprawidłowości przewodu pokarmowego podczas ciąży i połogu. W obec tego zdaje mi się usprawiedliwionem podanie odnośnego przypadku.

N. N. wieloródka, 22 lat licząca, osoba bardzo dobrze zbudowana, wzrostu średniego, prócz częstego zaparcia stolca i trudnego oddawania kału na nic się nie żaląca. Pierwszy poród w położeniu czaszkowem ukończony operacyją kleszczową na główce nizko stojącéj z powodu przewlekania się okresu wykluczenia płodu. Obecnie po raz wtóry w ciąży, podczas któréj miała się bardzo dobrze, używała dużo ruchu, zajmowała się wszystkiem w domowem gospodarstwie i zauważyła tylko, że brzuch był pojemniejszy, aniżeli podczas pierwszéj ciąży. Nadto okazywała upodobanie do kiszonéj kapusty, którą wielokrotnie jadała, co też miało miejsce w dniu 10-go lutego wieczorem, w którym to czasie zjadła jéj więcéj niż kiedykolwiek 11-go lutego t. j. na drugi dzień o godzinie 3-ciéj rano poczuła pierwsze bóle porodowe, które aż do zupełnego rozwarcia ujścia zewnętrznego macicy były bardzo leniwe. Okres wykluczenia płodu, który się rozpoczął po gdzinie 8-éj rano, trwał zaledwo 25 minut. Po czterech silnych bólach urodził się syn donoszony. Macica po porodzie płodu kurczyła się bardzo dobrze, a popłód po miernym ucisku na dno macicy wystąpił w całości na zewnątrz w kilkanaście minut.

Przez dwa dni prócz kilku bólów poporodowych położnica nie okazywała żadnych zboczeń, miała się zupełnie dobrze. Tętno spokojne, wolne, ciepłota prawidłowa, skóra obficie potem pokryta. Mocz oddawała dobrowolnie. Dyjetę zachowywała płynną (rosół, lekka herbata z mlekiem, bulijon, wreszcie do napoju odwar ślazu). Przy oglądaniu brzucha w podbrzuszu widoczne wysklepienie odpowiadające macicy dnem blizko pępka sięgającéj. Ponad dnem macicy wyraźne zagłębienie okolicy pępkowéj, wzdęcia brzucha wcale niema. Przeciw bólom poporodowym podano raz roztwór morfiny w wodzie laurowéj w stosunku 1 : 100, w ilości 10 kropli.

Trzeciego dnia poczęło występować wzdęcie brzucha i to bardzo szybko. Brzuch przy oglądaniu w obec bardzo wiotkich powłok okazywał postać falistą, którą mu nadawała okrężnica w swéj części poprzecznie przebiegającéj, a mianowicie widzieć można było wyraźnie, że *colon transversum* mocno rozdęte zwiesza się w długiéj pętli półksiężycowato od prawego do lewego podżebrza, dosięgając dna macicy. W obec braku innych objawów wzdęcie to uważano jako następstwo nagromadzenia kału w jelitach w obec lekkiego stanu porażennego tychże, jak to się wielokrotnie po porodach zdarza. Niezwłocznie podano pacyjentce $1\frac{1}{2}$ łyżki stołowéj olejku rącznikowego wewnętrznie. Wzdęcie brzucha z każdą godziną stawało się większe, a dnia następnego t. j. czwartego po porodzie postać jego i rozmiary odpowiadały rozdęciu jak na końcu ciąży. Badanie przez powłoki brzuszne dawało wynik ujemny, prócz bowiem odgłosu bębenkowego na całym brzuchu nic innego stwierdzić nie można było. Zarysy macicy poprzód wyraźnie wybadalne zanikły zupełnie, bolesności nie zauważono nigdzie, ciepłota i tętno prawidłowe. Po olejku rącznikowym wypróżnienia nie było. Pomazano cały brzuch kolodyjonem, na wierzch dano zimne okłady i zalecono lewatywy lejkiem Hegara, które jednakowoż zostały bez skutku, mimo że wpędzona woda nie odpłynęła. Po południu tegoż dnia próbowano wprowadzić do odbytnicy grubą sondę, aby nią gazy z rozdętych kiszek odejść mogły. Sonda stolcowa dała się jednak zaprowadzić tylko do pewnéj wysokości do odbytnicy i daléj posunąć jéj nie można było, napotykała bowiem na

[1]) Odczytano na posiedzeniu czerwcowem Tow. ginek. krak.

opór, który się przezwyciężyć nie dawał. W obec tego podano choréj kalomel wewnętrznie. Stan ogólny jednakowy.

Dnia 5-go, gdy bębnica wciąż daléj wzrastała, powłoka z kolodyjonu na brzuchu poczęła w różnych miejscach pękać, szczególniéj zaś nad okolicami pachwinowemi. Miejsca pozbawione téj powłoki pomazywano świeżo klemą i tym sposobem starano się działać przeciw nadmiernemu rozdęciu brzucha. Tegoż dnia po odbytéj naradzie z prof. Madurowiczem podano choréj *extractum fabarum Calabar.* 0·02, powtórzono próbę założenia zgłębnika stolcowego do odbytnicy i próbowano ułożenia kolankowego choréj. Próba założenia zgłębnika do odbytnicy nie udała się powtórnie, a podany środek i ułożenie kolankowe choréj okazały się jako bezskuteczne. Wsuwając zgłębnik do odbytnicy po palcu do tejże wprowadzonym, można się było przekonać, że odbytnica jest spłaszczoną przez guz znacznych rozmiarów wypełniający miednicę małą. Badanie przez pochwę stwierdziło, że pochwa szczelinowata przypartą jest do spojenia kości łonowych, ponad którem czuć można część pochwową macicy, znacznie ku górze wysuniętą. Przez tylną ścianę pochwy czuć guz jednostajnie napięty, elastyczny, od dołu kulisto ograniczony, wypełniający miednicę małą, a tworzący z guzem przez odbytnicę wybadanym jednolitą całość. Guz ten między pochwą a odbytnicą umiejscowiony sięgał dna miednicy tak, że ledwo na 2—2½ ctm. leżał ponad zepchniętem ku dołowi międzykroczem. Górnego ograniczenia guza określić nie można, wznosi się bowiem jednostajnie ku górze. Nadmienić wypada, że guz ten był zupełnie niebolesny. Wnosząc z umiejscowienia, postaci i zbitości guza, rozpoznano opadnięcie jelit do zatoki Douglasa, uciśnięcie tychże między ciałem macicy a wzgórkiem kości krzyżowéj, a w następstwie ucisk na odbytnicę wywołujący niedrożność tejże, z następowem rozdęciem jelit gazami. Przez cały czas dotychczasowego badania mimo, że w tym kierunku zwracano uwagę i starannie badano, w stanie ogólnym choréj nie spostrzeżono zmiany. Mocz badany był prawidłowy, tętno spokojne, nie przenosiło liczby 80 ciu uderzeń na minutę, ciepłota wieczorna nie dosięgła ani razu 37·5 — poranna zaś nie dochodziła prawie 37·0. Odchody połogowe prawidłowe. W szóstéj dobie po porodzie ciepłota podniosła się do 38·5, tętno z rana 100, po południu podskoczyło do 120 uderzeń na minutę. Bębnica bardzo znaczna, brzuch nadmiernie rozdęty i wysklepiony, przepona bardzo znacznie ku górze wyparta. Kręgosłup tak znacznie w okolicy lędźwiowéj ku przodowi wygięty, że w ułożeniu choréj na wznak, swobodnie rękę po pod kręgosłupem przesunąć można. Tułów choréj spoczywa okolicą łopatek i pośladkami na pościeli, część zaś pośrednia tułowia łukowato ułożona nad pościelą. Podczas opukiwania brzucha odgłos wypukowy metaliczno-bębenkowy. Czasami słychać głośne przelewanie się płynów w kiszkach z podźwiękiem podobnym do dźwięku, jaki powstaje, gdy kropla płynu spada do beczki, w któréj na dnie znachodzi się nieco płynu. Oddechanie wydaje się utrudnionem i jest szybsze, zaczerwienienie twarzy odpowiadające rozpoczynającéj się sinicy. Chora poczyna być niespokojną i rozdrażnioną, nie znosi zwykłych zabiegów koło niéj czynionych.

Wobec tego stanu, gdy dotychczasowe leczenie nie prowadziło do celu, a stan choréj się szybko pogarszał, miano zamiar wykonania nakłuć cienkim trójgrancem w celu usunięcia gazów, na co się jednak rodzina nie zgodziła; powstała zatem myśl wykonania laparatomii w celu usunięcia niedrożności jelit. Złożono naradę lekarską z koll. Trzebickym i Pareńskim, wśród któréj postanowiono jeszcze czekać do dnia następnego i zalecono częstą zmianę położenia choréj w łóżku na boki, massage okolicy ponad załamkiem esowatym kiszki grubéj. Po tych zabiegach odeszły najpierw gazy w miernéj ilości, a potem pojawił się pierwszy od porodu stolec okazujący właściwości stolca po kalomelu. Brzuch nie zmniejszył się wprawdzie widocznie, chora doznała jednak wielkiéj ulgi. Następnego dnia obfity stolec z gazami znów po zmianie ułożenia w łóżku, poczem wejrzenie choréj zmieniło się na korzyść, poczynająca sinica ustąpiła, oddech stał się swobodniejszym i mniéj licznym, tętno opadło niżéj 100 uderzeń na minutę, ciepłota niżéj 37·5.

Od 8 go dnia stolce występowały regularnie. Brzuch z każdym dniem opadał widocznie, powłoki brzuszne stawały się coraz to podatniejsze. Przez te ostatnie można wyczuć dokładnie macicę dość dobrze zwiniętą, niebolesną, sięgającą dnem niemal pępka. W następnych dniach dno macicy zstępowało coraz niżéj tak, że dnia 14 po porodzie nie można go było wymacać nad spojeniem kości łonowych. Przez ten czas podawano choréj: *extractum nucis vomicae* po 0·03 dziennie.

W dwa tygodnie po porodzie chora miała się tak dobrze podmiotowo i przedmiotowo, że nic nieprawidłowego u niéj wykazać nie można było. Badanie wewnętrzne przez pochwę wykazało prawidłowe ułożenie organów w miednicy małéj położonych, mimo to zatrzymano chorą w łóżku jeszcze dni kilka, poczem pozwolono ostrożnie powstawać i zalecono zwracać uwagę, aby codziennie było wypróżnienie stolca.

Podczas opadania rozdęcia brzucha zauważono, że na obu udach poniżéj pachwin wystąpiło półksiężycowate zaczerwienienie skóry, wypukłością ku palcom nóg zwrócone, w miarę opadania brzucha coraz znaczniejsze. Zaczerwienienie to skóry odpowiadało podrażnieniu tejże, jakie widzimy po pomazaniu brzucha kolodyjonem w miejscach, gdzie takowy pęka. Na brzegach tego zaczerwienienia widać strzępki kolodyjonu Objaw ten dowodzi, że w czasie nadmiernego rozdęcia brzucha skóra została przeciągniętą z ud nad pachwiny i może dawać miarę, jak znacznie brzuch był rozdęty.

W przypadku niniejszym mieliśmy niewątpliwie do czynienia z uciśnięciem jelita grubego i to w jego dolnéj części z następową niedrożnością jelit. Przemawia za tem sposób powstawania bębnicy, która się rozpoczęła od rozdęcia najpierw jelita grubego i objęła resztę kiszek. Badanie przedmiotowe wykazało jelita opadnięte w zatoce Douglasa, nadmiernie rozdęte, które uciskały odbytnicę do kości krzyżowéj, a pochwę do spojenia kości łonowych i utrzymując macicę w górze nie dozwalały jéj zająć ułożenia prawidłowego. Macica w warunkach prawidłowych po porodzie leży w mniejszem lub większem przodozgięciu w ten sposób, że zajmuje część jamy brzucha najniżéj położoną. Stan ten bardzo pięknie ilustrują przekroje zamrożonych ciał osób w połogu zmarłych, jak n. p, rysunek w pracy Fehlinga (*Die Physiologie und Path. des Wochenbettes.* str. 4) przedstawiający stosunki tuż po porodzie, albo rysunek w pracy Stratza: *„Die normale Lage des Uterus“* (*Zeitschrift f. Gebhfe u. Gynaek.* Bd 13, Taf 8) przedstawiający stosunki późniejsze w połogu. W prawidłowych warunkach jelita leżą ponad macicą. W przypadku naszym stosunki ułożyły się odmiennie, a mianowicie macica po porodzie nie zajęła najniższéj części jamy brzucha, tylko jelita zstąpiły do zatoki Douglasa, co skoro się stało, macica musiała pozostać po nad jelitami, które późniéj rozdęte gazami coraz więcéj spychały zatokę Douglasa ku dołowi i wysuwały macicę ku przodowi i ku górze. Jak z doświadczenia wiemy, stan taki rzadko się przydarza, zaczem przemawia okoliczność, że w dziełach omawiających szczegółowo zmiany położenia macicy w połogu, jak n. p. w dziele zbiorowem Müllera o położnictwie, albo w pracy Fehlinga wyż cytowanéj, wzmianki o podobnéj zmianie położenia macicy podczas połogu nie znachodzimy. Naturalnem jest, że aby powstał stan w naszym przypadku opisany, potrzebne są warunki usposabiające. Do takich zaliczyć musimy wrodzoną albo też nabytą znaczniejszą szerokość kreski jelitowéj, niższe aniżeli w stanach prawidłowych ułożenie fałdu otrzewnowego, tworzącego

zatokę Douglasa. Że takie warunki w naszym przypadku istniały, dowodzi ułożenie okrężnicy poprzecznéj, która w długiéj pętli ku dołowi się zwieszała w chwili, gdy rozdęcie jelit powstawało. Nadto stwierdzone niskie ułożenie jelit w miednicy małéj przemawia za niskiem ułożeniem zatoki Douglasa. Do takich warunków usposabiających zaliczyćby można zrosty macicy podczas ciąży w górze, albo zrosty jelita w zatoce Douglasa położonego. W obec prawidłowego jednak przebiegu ciąży obecność tych stanów wykluczyć można.

Zachodzi teraz pytanie: która część jelita opadała w zatokę Douglasa, czy opadły jelita cienkie, czy też pętle jelita grubego, a w szczególności załamek esowaty tegoż. Aczkolwiek stanowczo na to pytanie odpowiedzieć trudno, to przecież przebieg niniejszego przypadku przemawiałby zatem, że opadnięte były jelita cienkie i uciskały odbytnicę, gdyby bowiem w zatoce Douglasa leżała pętla kiszki grubéj, musiałoby było przyjść do zagięcia tejże i do objawów z zagłoby tejże pochodzących, jak np. boleści, wymiotów kałowych itd., których chora nie doznawała. Nadto wobec tak znacznéj bębnicy trudnoby sobie pomyśleć tak łagodne zejście choroby i przywrócenie drożności jelita grubego, podczas gdy przypuszczając, że jelita cienkie w zatoce Douglasa leżały, cały przebieg chorobowy łatwo się tłomaczy.

Chcąc się zastanowić w niniejszym przypadku nad mechanizmem powstania zagłobienia jelit w zatoce Douglasa i powstania ucisku na kiszkę stolcową, musimy rzecz sobie tłomaczyć jak następuje: Wobec warunków sprzyjających dostały się po porodzie pętle jelit cienkich do zatoki Douglasa. Macica po porodzie musiała mieć dążność umiejscowienia się na dnie jamy brzucha, przynajmniéj za tem pewnym odcinkiem leżała w miednicy małéj. Ponieważ zaś macica po porodzie jest pojemną, zatem wchód do miednicy małéj a względnie wejście do zatoki Douglasa mogło być obecnością macicy we wchodzie ścieśnione, szczególniéj w miejscu między macicą a wzgórkiem kości krzyżowéj położonem. Tym sposobem jelita do zatoki Douglasa raz opadłe nie mogły się łatwo nazad do jamy brzucha wysunąć, szczególniéj jeżeli w danym przypadku zatoka Douglasa daleko niżéj leżała, jak tego się w naszym przypadku domyślamy. Stan porażenny jelit, jaki spostrzegamy często po porodach, a nadto treść jelit, jak kapusta zjedzona kilka godzin przed porodem, przyczyniały się do rozdęcia tychże. W części jelit w zatoce Douglasa leżących ucisk śródścienny musiał się wytworzyć wyższy, aniżeli w jamie brzucha, a temsamem począł zwolna występować ucisk na odbytnicę. Niebawem skutkiem ucisku odbytnicy i następowéj niedrożności powstało rozdęcie okrężnicy, które także musiało utrudniać wydobycie się jelit w zatoce Douglasa leżących. Znaczna bębnica, niedrożność jelit, oddziaływały na stan ogólny choréj, która poczęła gorączkować. W miarę wzrostu bębnicy i w miarę większego napięcia gazów w jelitach cienkich w zatoce Douglasa leżących i coraz więcéj wywieranego ucisku na organa sąsiednie macica musiała zostać wypartą ku górze i ku przodowi, co też podczas badania stwierdzono dnia 5 go po porodzie i w czasie, gdy bębnica ustępowała. Jeżeli weźmiemy nadto pod uwagę okoliczność, że i macica skutkiem zwijania się połogowego musiała się zmniejszać, to musimy przypuścić możność, że zacieśnienie wejścia do zatoki Douglasa mogło w tych warunkach ustąpić i zagłobienie jelit opadniętych ustać. Tym sposobem mógł się wyrównać ucisk śród jamy brzucha i zatoki Douglasa, a temsamem następnie mogły się i gazy wydostać przez uciśniętą odbytnicę. Tłomaczenie to wyjaśnia nam także, dlaczego mimo istniejącéj niedrożności nie przyszło do gwałtownych objawów, tylko wystąpiła znaczna bębnica.

## II. Kliniczny przyczynek do etyjologii wiądu rdzeniowego.

Przez

S. Goldflama w Warszawie.

Jak wiadomo w kwestyi etyjologii wiądu rdzenia stoją obecnie naprzeciw siebie dwie teoryje. Jedna, wskazując ogromną częstość kiłowego zakażenia w przypadkach wiądu, przyznaje kile bardzo ważne znaczenie etyjologiczne (Fournier, Erb, Strümpell); druga, któréj głównym przedstawicielem jest Charcot, zalicza wiąd rdzenia do rzędu chorób dziedzicznych (*famille neuropathique*). Podług téj ostatniéj teoryi wiąd dotyka tylko osoby dziedzicznie obarczone, w których rodzinach niejednokrotnie występowały choroby nerwowe *hérédité simulaire et dissimulaire ou de transformation*), a kiła gra tylko rolę przyczyny okolicznościowéj, wywołującéj (*agent provocateur*).

Przeciwnicy teoryi przyznającéj kile ważne znaczenie dla powstania wiądu powołują się przedewszystkiem na to, że zmiany znalezione w tej chorobie zupełnie się różnią od spostrzeganych w istotnéj kile rdzenia, jakoteż na zupełną nieskuteczność swoistego leczenia.

Nie mogę w téj spornéj kwestyi przytoczyć takich faktów, któreby na nią zupełnie nowe rzuciły światło, pozwolę sobie wszakże zauważyć, że istnieją dane, które zdają się dowodzić, że przeciwieństwo pomiędzy zmianami patologicznemi w wiądzie i kile rdzenia nie jest tak zasadnicze. — Wszak dotychczas pytanie, czy wiąd rdzenia jest istotnie chorobą systemową, czy sprawa patologiczna bierze początek w elementach miąższowych, czy też w tkance śródmiąższowéj — nie jest ostatecznie rozstrzygnięte. W kile rdzenia sprawa patologiczna ma charakter rozlany, polega ona na zmianach naczyń, które w przypadkach ostrych prowadzą do rozmiękczenia (*myelomalacia*), w przewlekłych do sklerozy z zanikiem pierwiastków nerwowych. Ale i we wiądzie rdzenia często znajdowano zmiany patologiczne w naczyniach. Rumpf[1]) sądzi nawet, że dla pewnéj liczby przypadków wiądu za podstawę przypuścić należy zmiany naczyniowe. Krauss[2]) z pośród 13 mikroskopowo zbadanych przypadków wiądu znalazł 10 razy zmiany w naczyniach, zarówno większych jak i mniejszych, nie wyłączając włosowatych. W przypadku Sidneya Kuha[3]) z kliniki Erba znaleziono obok zmian właściwych wiądowi, jednocześnie i kiłowe zajęcie opon rdzeniowych z wydatnemi zmianami naczyń; podobne zmiany, choć w mniejszym stopniu, istniały tu i w naczyniach samego rdzenia. Leyden w odpowiednim rozdziale Real-Encyklopädie Eulenburga (t. XIX) powiada, że adwentycyja tętnic we wiądzie jest zgrubiałą, i zawiera złogi barwikowe. Adamkiewicz[4]) utrzymuje nawet, że istnieje pewna postać

[1]) *Arch. f. Psych. u. Nervenk.* Bd XV. H. 2 — [2]) *Neurol. Centralbl.* 1885, S. 49. — [3]) *Arch. f. Psych. u. Nervenk.* Bd XXII. H. 3. — [4]) *Arch. f. Psych. u. Nervenk.* Bd X. H. 3 i *Die anatomischen Processe der Tabes dorsalis.* Sitzb. d. k. Akad. d. Wiss. 1884.

wiądu, która się tem cechuje, że zwyrodnienie miejsca w tylnych pęczkach rdzenia odpowiada przebiegowi drobnych tętniczek. Udało mu się mianowicie wykazać, że każdemu paskowi zwyrodnienia ściśle odpowiadał przebieg pewnéj określonéj tętniczki, a całkowita sieć utworzona przez miejsca zwyrodnione odpowiadała siatce drobnych tętnic. Nie mogę jednakże przemilczeć o zdaniu Flechsiga[1]), który twierdzi, że w większości przypadków wiądu (powikłanych porażeniem postępującem) zmiany anatomiczne odpowiadają za rodkowemu rozczłonkowaniu pęczków tylnych, a tem samem nie mogą pozostawać w zależności od przebiegu naczyń.

Eisenlohr[2]) znalazł w 2 nietypowych przypadkach wiądu niewątpliwe zmiany kiłowe, które usadowiwszy się na pewnéj wysokości tylnéj części rdzenia, dawały obraz zbliżony do obrazu zwykle spostrzeganego we wiądzie. Ten sam badacz komunikował na ostatnim zjeździe neurologów i psychijatrów w Baden-Badenie przypadek kiłowego wiądu (*Zur pathologischen Anatomie der syphilitischen Tabes*) u 45 letn. robotnika, przedstawiającego jeszcze 3 rzędne objawy zakażenia. Przy sekcyi znaleziono oprócz typowych zmian w tylnych pęczkach rdzenia jeszcze *meningitis posterior*, *syryngomyelia*, w części górnéj grzbietowéj i nabrzmieniu szyjnem rozprzestrzenioną miażdżycę w całym systemie tętniczym. Wykładający odniósł zmiany tętnicze do kiłowego zakażenia i postawił je w jednym rzędzie ze zmianami w tylnych pęczkach i z *leptomeningitis spinalis*. W przypadku Oppenheima[3]), który początkowo przebiegał pod postacią wiądu, znaleziono pod mikroskopem niewątpliwie kilakowe zajęcie opon rdzeniowych ze znacznem uszkodzeniem samego rdzenia i jego tylnych korzeni, a nadto zajęcie tych samych jąder nerwowych mózgowia (*polienecephalitis*), które i we wiądzie bywają niekiedy dotknięte; oprócz tego znaleziono prosty zanik t. zw. wstępujących korzeni n. błędnego — a więc w ogóle zmiany, które „wcale nie noszą na sobie piętna kiłowych“. Nieco daléj powiada Oppenheim, że „obok wyraźnie kiłowych zajęć ośrodków nerwowych spotykają się w różnych miejscach układu nerwowego i inne, wcale nie posiadające cech swoistych (zanik jąder nerwów czaszkowych, ich korzeni wewnątrz opuszkowych, szare zwyrodnienie nerwów czaszkowych), są to więc postacie mięszane istotnéj kiły ośrodków układu nerwowego z wiądem rdzeniowym.

Według hypotezy Strümpella[4]), między kiłą a wiądem nie ma takiego bezpośredniego związku, jak n. p. pomiędzy pierwotnem zakażeniem, a trzeciorzędnemi objawami kiły, ale pod wpływem kiłowego zakażenia wytwarzają się w ustroju nieprawidłowe produkty przemiany materyi (toksyny), które posiadają własność stopniowego zwyrodnienia pewnych ściśle określonych pierwiastków nerwowych, podobnie jak się to dzieje w niektórych przewlekłych otruciach, n. p. ołowiem, sporyszem i t. p. A wpływ kiły na pewne twory anatomiczne jest już dawno znany; wiadomo przecież, że t. zw. jądrowe porażenie nerwów gałek ocznych (*Ophthalmoplegia externa nuclearis*) jest często pochodzenia kiłowego (Hutchinson). Zajęcie takież same tych samych jąder widuje się i we wiądzie rdzenia.

Wiele faktów przemawia na korzyść poglądu, że pod wpływem kiły może się rozwinąć odosobnione cierpienie rogów przednich rdzenia. Świadczą za tem przypuszczeniem anatomicznie zbadane przypadki Déjerinea[1]), Schmausa[2]), jakoteż kliniczne spostrzeżenia Schultza[3]), Eisenlohra[4]), Rumpfa[5]). Według poszukiwań Adamkiewicza[6]) i Kadyjego[7]) jest krążenie krwi tętniczéj w istocie białéj i szaréj od siebie niezależne, a wszystkie wnikające do rdzenia tętniczki należą do rzędu końcowych w znaczeniu Cohnheima. Pozwala to nam zrozumieć, dlaczego przy przeważnem lub wyłącznem cierpieniu tętnicy środkowéj (*art. centralis*) dotkniętą może być tylko pewna ściśle określona grupa komórek zwojowych istoty szaréj.

Co do drugiego punktu, mianowicie co do zarzutu nieskuteczności swoistego leczenia w wiądzie, to wydaje mi się on jeszcze mniéj usprawiedliwionym. Pomyślmy tylko, jak wiele przypadków niezawodnéj kiły rdzenia, tak ostrych jak przewlekłych, opiera się najstaranniejszemu swoistemu leczeniu!

A teraz przejdźmy do naszych spostrzeżeń. W ostatnich czasach miałem sposobność zbadać, dzięki kol. Ostaszewskiemu, dwoje małżonków zarażonych z jednego i tego samego źródła kiłą, a późniéj dotkniętych wiądem.

N. fabrykant kamieni młyńskich, lat 37, w r. 1882 zaraził się kiłą i leczono go wcieraniami. W r. 1884 przebył prawostronne porażenie z afazyją, trzykrotne leczenie wcieraniami w Akwizgranie. Od kilku lat rwące bóle w nogach. Nadużycia *in Baccho*, brak dziedziczności, usposobienie do chorób nerwowych.

Budowa i odżywienie dobre. Chód chwiejny. Objaw Romberga wydatny. Brak odruchów kolanowych i ścięgien Achillesa. Na stopach zmniejszenie czucia bólu. W okolicy nadbrzusznéj uczucie ciśnienia i pełności. Źrenice nierówne, wąskie, oddziaływają słabo na światło, dobrze na akomodacyję.

N. lat 30, żona poprzedniego, nie pozostająca ze swoim mężem w żadnem pokrewieństwie, została przez niego zarażona kiłą przed 9 laty. Leczenie swoiste przebyła dopiero przed rokiem. Od 3 lat bóle strzelające w nogach i rękach. Od roku osłabienie nóg i utrudnienie chodu, od pół roku zaburzenia w urynowaniu. Najbardziéj jednak dokucza choréj przykre uczucie parcia w kiszce stolcowéj, jakby wywołane obecnością obcego ciała. Warunków dziedzicznych nie ma. Nigdy nie roniła i jest matką zdrowego 8-letniego chłopca.

Wzrost i odżywienie średnie. Przy leżeniu występuje niezborność ruchów kończyn dolnych, szczególniéj po zamknięciu oczu. Wyraźny objaw Romberga. Brak odruchów kolanowych i Achillesowych. Uczucie opasania na wysokości sutków. Źrenice średniéj wielkości, nieprawidłowéj formy, lewa nieco węższa, leniwo oddziaływają na światło, dobrze na akomodacyję.

Jest to w każdym razie rzeczą godną zastanowienia, że dwoje małżonków, dziedzicznie nie obarczonych i nie zostających ze sobą w żadnych związkach pokrewieństwa, za-

---

[1]) *Neurol. Centralbl.* 1890. — [2]) *Festschrift zur Eröffnung des allg. Krankenhauses zu Hamburg* Eppendorf 1889, S. 128. — [3]) *Zur Kenntniss der syphil. Erkr. d. centralen Nervensystems.* 1890. — [4]) *Münch. med. Woch.* 1890, Nr. 39.

[1]) *Arch. de Physiol. norm. et Pathol.* 1876, p. 430. — [2]) *Deut. Arch f. klin Med* B. 44, p. 244. — [3]) *Berl. klin. Woch.* 1883, Nr. 39. — [4]) *Arch f. Psych. u. Nervenk.* B. VIII, p. 314. — [5]) *Die syphil. Erkr. des Nervensyst.* 1887, p. 362. — [6]) *Die Blutgefässe des menschlichen Rückenmarks.* Sitzb. d. k. Akad. des Wiss. in Wien, 1881 i 1882. — [7]) Wprawdzie utrzymuje Kadyj („O naczyniach krwionośnych rdzenia pacierzowego“. Kraków 1888), że tych dwóch obszarów naczyniowych nie można uważać za oddzielne, jednak w innem miejscu powiada, że środkowa część istoty szaréj jest zaopatrywana w krew przez *art. centralis*, obwodowa zaś białéj przez tętnice, które od obwodu do rdzenia wnikają, że obwodowe części istoty szaréj i przylegające części białéj otrzymują gałązki tak od tętnic środkowych jak i obwodowych.

pada na wiąd w kilka lat po zarażeniu kiłowem. Innéj przyczyny jak kiła nie można się było doszukać.

Od czasu ogłoszenia pracy Bergera i Rosenbacha [1]) zwracano niejednokrotnie uwagę na dość częste współistnienie wad zastawkowych serca (zwłaszcza niedostateczności zastawek półksiężycowych aorty) z wiądem. Leyden [2]) opisał we wiądzie napady dusznicy bolesnéj, które, jak wiadomo, zależą najprawdopodobniéj od zmian w tętnicach wieńcowych serca (Cf. Obrady ostatniego zjazdu medycyny wewnętrznéj w Wiessbadenie 1891). Jak jednak objaśnić to współistnienie dwóch chorób. Otóż, kiła nietylko jest przyczyną znanych zmian naczyniowych w mózgu, ale może wywołać takie same zmiany w całem drzewie tętniczem, także na zastawkach serca, wywołując jego wady. Bardzo ciekawemi też wydają mi się te przypadki, w których obok wiądu istnieje wada serca, a dla żadnéj z obydwóch chorób nie można odnaleźć innéj przyczyny, prócz kiły. Jeden i ten sam czynnik wywołuje w tym razie dwie choroby.

B. obywatel ziemski, lat 49, skarży się głównie na zmniejszenie energii płciowéj, osłabienie nóg, mniéj na duszność. Objawy te rozwinęły się powoli w ciągu ostatnich 3—4 lat. Bólów doznawał tylko w okolicy stolca (uważane za hemoroidalne), rozprzestrzeniały się one na międzykrocze i części płciowe. Przed 15 laty wrzód na członku, objawów wtórnych nie było, zażywał pigułki rtęciowe. Nigdy nie cierpiał na gościec, ani na żadną inną chorobę zakaźną. Jest bezdzietny. Oprócz połowiczego porażenia z niemotą u jednéj z sióstr, żadnych innych chorób nerwowych w rodzinie nie ma.

Budowa dobra, odżywienie średnie, żyły na twarzy rozszerzone. Typowe oznaki niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty ze zwężeniem ujścia. Mocz białka nie zawiera. Objaw Romberga, brak odruchów ścięgnistych, osłabienie wrażliwości na ból na kończynach dolnych. Źrenice dość wązkie oddziaływają na światło.

K. lat 37, buchalter, przed 15 laty na pewno przechodził kiłę, leczył się tylko raz jeden pigułkami rtęciowemi. Od owéj pory bicie serca. Od 6 lat napady bólów strzelających najprzód w klatce piersiowéj, potem w nogach, połączone z przemijającą nadczulością odpowiednich miejsc. Skarży się nadto na odrętwienie 3 ostatnich palców, szczególniéj prawéj ręki i w podeszwach, na znieczulenie kończyn dolnych, (stawy wydają się choremu jakby były gumowe), na biegunkę. Gośćca ani innéj choroby zakaźnéj nie było. Warunków dziedzicznych brak.

Wzrost wysoki, odżywienie mierne. Tętno 100, małe, słabe. Typowe oznaki niedomykalności zastawki dwudzielnéj. Chód dobry, ale w położeniu leżącem występuje niezborność ruchów tak przy zamkniętych jak i otwartych oczach. Objaw Romberga i Westphala. Zdwojenie (naprzód dotyk, późniéj ból) i opóźnienie czucia bólowego. Źrenice bardzo wązkie, p. > l., lewa wcale nie oddziaływa na światło. Przy urynowaniu musi się silnie wydymać. W lewem uchu szum i przytępienie słuchu.

B. właściciel ziemski, lat 44, pozostaje pod moją obserwacyją od kwietnia 1889 r. Przed 26 laty kiła, jednokrotne leczenie swoiste. Przed 20 laty bóle w szczęce dolnéj, karku i lewéj łopatce, które odtąd przy każdéj sposobności występują. Wkrótce potem bardzo silne, napadowe bóle w nogach, trwające do obecnéj chwili, pomimo przedsiębranych kuracyj w Akwizgranie, Badenie, Oeynhausen itd. Przed 6 laty otok opłucnéj z przebiciem się ropy do oskrzeli, wyzdrowienie. Od kilku lat silne napady duszności, połączone z bólami w okolicy sercowéj, które się rozprzestrzeniają w kierunku lewego ramienia. Matka i siostra chorego zmarły na gruźlicę, ojciec na kiłę. Pacyjent jest żonatym i ma dwoje dość wątłych dzieci.

Budowa i odżywienie dobre. Klasyczne oznaki niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty. Mocz c. g. 1026, zawiera białko, nieliczne ciałka krwi i wałeczki ziarniste. Objaw Westphala. Ataksyi nie ma. Źrenice wązkie nie oddziaływają na światło, ale na konwergencyję. 26 i 27 IV. 89 silny napad kolki nerkowéj z krwotokiem, zakończony odejściem małego kamyczka. Lato chory spędził w Maryjenbadzie, gdzie prof. Basch zgodził się na moje na całą sprawę zapatrywanie. Późną jesień i zimę spędza chory w Riwierze, od czasu do czasu pija wodę alkaliczną, przyjmuje jodek potasu. Przy takiéj kuracyi, uregulowaniu życia i dyjety stan zdrowia pacyjenta jest dość zadowalający: napady dusznicy bolesnéj stały się rzadsze i słabsze, kolka nerkowa występowała rzadziéj i z mniejszą siłą, a i napady bólów w nogach zwolniały. Mocz stale zawiera białko od 0·15—0·215‰. Inne objawy (wady serca, Westphala, Argyll-Robertsona) bez zmiany.

We wszystkich 3 powyższych przypadkach wad sercowych (jednej niedomykalności zastawki dwudzielnéj i dwóch aorty, z których jedna powikłana dusznicą bolesną) nie można było stanowczo znaleźć innéj przyczyny, prócz kiły. Należy też przypuścić, że taż sama przyczyna wywołała u powyższych chorych i wiąd rdzenia, dla którego również innego czynnika etyjologicznego znaleźć się nie udało.

Zwracam jeszcze uwagę i na to, że dwóch chorych znajdowało się w początkowym okresie wiądu, że w obrazie chorobowym przeważały objawy wady serca, podczas gdy zjawiska wiądu grały rolę podrzędną.

W następującem spostrzeżeniu były obok niedostateczności zastawek półksiężycowych aorty i wiądu, jeszcze oznaki włóknistéj postaci suchot płucnych, którą niektórzy badacze uważają za zależną od kiły (t. zw. suchoty płucne przymiotowe cf. prace Virchowa, Beera, Wagnera, Lancereaux, Fourniera, Schnitzlera, Pancritiusa, Sokołowskiego i t. d.). Pacyjent na pewno przebył kiłę.

R. Karol; lat 35, maszynista kolejowy, bez żadnéj dziedzicznéj skazy. W r. 1873 zakażenie kiłowe (objawy wtórne), leczenie pigułkami rtęciowemi i wcieraniami szaruchy. Od 1880 strzelające bóle, głównie w nogach tak silne, że chory chciał się życia pozbawić. Na jesień 1881 zdrętwienie łokciowych palców, uczucie opasania, powtarzające się podwójne widzenie. W lecie 1882 wcierania szaruchy i kąpiele w Busku znakomitą przyniosły poprawę, chory mógł oddać się swemu zajęciu. W styczniu 1883 po zaziębieniu poczuł osłabienie nóg, chód w ciemności zwłaszcza niepewny. W lecie 1883 Busk bez skutku. W 1884 spróbowano ponownie wcierania szaruchą, ale wszystkie objawy uległy pogorszeniu, chory znacznie osłabł. Pierwszy raz widziałem chorego w listopadzie 1884 r.

Umiarkowanéj budowy, podupadłego odżywienia, skóra blado-ziemista, stan bezgorączkowy. Rozedma płuc wysokiego stopnia wraz ze znakami dość rozwiniętych włóknistych suchot płucnych (doły nad i podobojczykowe silnie wciągnięte, oddech osłabiony, w lewéj okolicy nadgrzebieniowéj wydech zbliżony do oskrzelowego, skąpe, wilgotne, dźwięczne rzężenia). Ze strony serca oznaki niedostateczności zastawek półksiężycowych aorty. W dolnych i górnych kończynach niezborność ruchów, objaw Romberga wydatny, brak odruchów kolanowych, mimowolne kurcze kloniczne mięśni nóg, oddziaływanie elektryczne nerwów i mięśni prawidłowe. Czucie dotykowe i bólowe znakomicie zmniejszone na nogach, tułowiu i przedewszystkiem rękach (prawie zupełna nieczułość). Odruchy podeszwowe, brzuszne, podżebrowe żywe, mosznowe mierne. Przy urynowaniu musi się chory wydymać. Źrenice wązkie, nie oddziaływają na światło ani drażnienia skóry szyi, bardzo słabo na zbieżność.

Chory ten zmarł w początku 1885 r. z wyniszczenia. Sekcyi nie można było zrobić. (Dok. nast.)

[1]) *Berl. klin. Wschr.* 1879, Nr. 27. — [2]) *Centralbl. f. klin. Med.* 1887, Nr. 1.

## III. Oceny i sprawozdania.

### Bakteryjologija.

Reichel (Würzburg): **O odporności przeciw jadowi koków.**

Analogicznie do powstawania stanu odporności, otrzymywanéj sztucznie wobec zakażenia niektóremi drobnoustrojami, chciał autor osiągnąć podobny stan wobec zakażenia ropnego. W pierwszéj grupie doświadczeń wstrzykiwał on do otrzewny psom hodowle *staphylococcus pyogenes aureus*, począwszy od dawek bardzo małych w odstępach 2—5 dniowych zwiększając stopniowo dawki. Szczepione w ten sposób zwierzęta znosiły w końcu bez reakcyi tak wielkie ilości wprowadzonych hodowli, jakie szybko zabijały wszystkie psy, „kontrolujące", którym uprzednio nic nie szczepiono.

W drugim szeregu doświadczeń osiągnął autor *immunitas* wobec wytworów przemiany materyi koków ropnych zapomocą wstrzykiwań zupełnie jałowego przesączu z ich hodowli. Wreszcie udawało mu się wytworzyć odporność wobec samych koków przez powtarzanie szczepień wyjałowionych ich produktów. We wszystkich tych doświadczeniach, zwierzęta kotrolujące, to jest podane szczepieniu bez uprzedniéj stopniowéj immunizacyi, prędko ginęły lub przynajmniéj ciężko zapadały.

Odporność nabyta chroni zwierzęta zarówno od wpływu ogólnego na ustrój zakażenia ropnego, jak i od miejscowych spraw zapalno ropnych. Sekcyja psów, padłych po wstrzyknięciu do otrzewny hodowli bez poprzedniego szczepienia stopniowego, wykazuje zawsze rozlane zapalenie krwawo ropne z licznemi wybroczynami w błonie surowiczéj, szczególnie na kresce i sieci. Jeżeli się zabije psa po wstrzyknięciu takiéj saméj ilości hodowli lecz uprzednio immunizowanego, to otrzewna okaże się albo zupełnie prawidłowa albo zawiera nieznaczną ilość wysięku, nieco krwawo zabarwionego.

Analogiczne doświadczenia w tkance podskórnéj dały wyniki znacznie gorsze, chociaż pewną względną odporność można było osiągnąć. Co się tyczy trwałości wytworzonéj odporności, to jest ona stosonkowo krótka, nie przechodzi kilku tygodni; zresztą zbyt mała liczba spostrzeżeń w tym kierunku nie pozwala autorowi czynić ściśle pewnych wniosków. (*Beilage z. Centrbl. für Chirurgie.* 1891 Nr. 26).

Jordan (Heidelberg): **O etyjologii róży.**

Jako potwierdzenie prawie ogólnie dziś przyjętego poglądu co do nie swoistéj bynajmniéj roli *streptococcus erysipelatis* Fehleisena w etyjologii róży podaje autor dwa spostrzegane przez siebie przypadki kliniczne róży, w połączeniu z rozległemi gruczołami ropnemi w różnych miejscach. Obecny stan naukowy téj kwestyi streszcza autor w dwóch punktach:

1) Róża pod względem etyjologicznym nie jest bynajmniéj chorobą wyłącznie swoistą; zwykle wywołuje ją *streptococcus pyogenes*, lecz zarówno może jéj przyczyną być *staphylococcus pyogenes aureus.*

2) Ten czynnik chorobotwórczy dostaje się w każdym przypadku do obiegu krwi; dlatego też ropnicę, występującą w końcu przebiegu róży, uważać należy za pierwotną (etyjologicznie), a nie za zależną od zakażenia mięszanego (*Mischinfection*). (*Beilage z. Centrbl. f. Chirurgie* 1891 Nr. 26.)

*L. Krynsi.*

### Patologija.

W. Janowski (Warszawa): **O zmianach anatomicznych w pęcherzu żółciowym pod wpływem kamieni.**

Na podstawie zbadanych przez się 16 tu przypadków przewlekłych chorób pęcherzyka żółciowego rysuje autor następujący obraz mikroskopowy zachodzących tamże zmian. Przedewszystkiem ulega zmianie część ściany pęcherzyka, bezpośrednio stykająca się z kamieniami, t. j. przybłonek błony śluzowéj. Komórki jego ulegają coraz większemu spłaszczeniu, granice między niemi stają coraz mniéj wyraźne, treść coraz więcej wodnistą i mętną, wreszcie odpadają na coraz większej przestrzeni. Zmiany te występują w okresach dość wczesnych i rozszerzają się prawdopodobnie prędko, gdyż w większości badanych przypadków przybłonek był prawie zupełnie stłuszczony. Sama tkanka błony śluzowéj początkowo nacieczona jest komórkami drobnemi, późniéj zaś występują zjawiska włóknistego jéj zwyrodnienia. Im sprawa daléj postępuje, tem liczba komórek w błonie śluzowéj staje się mniejszą, ilość zaś włókien tkanki łącznéj większą i mniéj się uwydatniają naczynia krwionośne; włókna stają się coraz grubsze, przybierają kierunek równoległy, wreszcie tworzą jednostajną, zbitą masę. Wskutek takiego zwyrodnienia bliznowatego fałdy błony śluzowéj wygładzają się coraz bardziéj, sama ona cieńczeje i zanika. Niekiedy powierzchnia ulega owrzodzeniu różnéj wielkości i głębokości. Za warunek sprzyjający tworzeniu się ubytków powierzchni uważa autor uwięźnięcie kamieni, wywołujące rodzaj odleżyny, od któréj sprawa posuwa się daléj. Nie bez znaczenia pod tym względem bywa sama żółć, chemicznie zmieniona, zarówno jak i charakter tkanki przy tak upośledzonem odżywianiu. Znacznie rzadziéj zdarzają się zjawiska rozrostowe, zwykle w postaci wybujałości brodawkowych, na których znaleść można nierzadko inkrustacyje z soli żółciowych. Jednym jeszcze wreszcie wynikiem bujania składników błony śluzowéj jest utworzenie się raka; raki pęcherzyka żółciowego, należące wogóle do zjawisk dość rzadkich w Warszawie, spotykają się stosunkowo dość często. Związek ich przyczynowy z kamieniami nie ulega wątpliwości. Charakter tego nowotworu, zwykle bywa twardy, zanikowy, bardzo zaś rzadko miękki (*carcionoma medullare*).

Co się tyczy zmian w pozostałych warstwach ściany pęcherzyka, to błona mięsna ulega z początku przerostowi, który stopniowo się zmniejsza i zanika; obydwa zjawiska te, następujące po sobie, stoją w związku z usilną pracą ściany pęcherzyka nad opróżnieniem go z zawartości. Wreszcie warstwa tkanki łącznéj ulega stopniowo coraz silniejszemu zwyrodnieniu włóknistemu i zgrubieniu; to ostatnie jednakże nie pozostaje w żadnym stałym stosunku do zmian w innych częściach składowych pęcherzyka żółciowego. (*Gazeta Lekarska* Nr. 8, 9, 1891). *L. Kryński.*

### Farmakologija.

Prof. Schwimmer (Budapeszt): **Działanie lecznicze przetworów sozojodolowych, w szczególności hydrargrum sozojodolicum**

Przetwory sozojodolowe wprowadzone do skarbca lekarskiego zyskały sobie wzięcie zaraz po pierwszych doświadczeniach ze środkiem tym wykonanych, gdyż dwa główne składniki o wybitnem działaniu, mianowicie jod i kwas karbolowy, znajdują się tu w odpowiedniem połączeniu chemicznem. Dawniéj znane derywaty jodu w karbolu jak *jodfenol* itp. z powodu przykrego zapachu i własności drażniących okazały się niezdatnemi.

Sozojodol zawiera 58% jodu, a w miejsce trującego fenolu 20% kwasu sulfokarbolowego, jest bez zapachu, w wodzie i glicerynie łatwo się rozpuszcza, nie rozkłada się pod wpływem swiatła i łatwo można go łączyć z innemi środkami.

Otrzymawszy od firmy Trommsdorf w Erfurcie przetwory sozojodolowe, rozpoczął S. szereg badań, których wyniki po $1\frac{1}{2}$ letnich obserwacyjach obecnie ogłasza:

I. *Zincum sozojodolicum* w roztworze wodnym 0·5—1% stosował autor w licznych przypadkach rzeżączki ostréj i przewlekłéj. W ostréj rzeżączce, podczas ustępowania okresu zapalnego (w 5—7-ym dniu) zauważał autor po 3—4 wstrzykiwaniach dziennie, wpływ korzystny; wydzielina się zmniejszała, bolesność znikała. W przewlekłéj rzeżączce dobre usługi oddawał ten przetwór w połączeniu z salicylanem bizmutowym. W nielicznych przypadkach nieżytu zapaleń błony śluzowéj nosa i gardła zastosowany, okazał znakomite działanie ściągające.

II. *Natrium* i *kalium sozojodolicum*. Sole te stosowano jużto jako posypkę, jużteż w postaci maści w chorobach samoistnych skóry (oparzeniach, w zranieniach, w *ecthyma* i cierpieniach konstytucyjnych), jak w owrzodzeniach kiłowych. W przypadkach pierwszego rodzaju wynik był lepszy niż w owrzodzeniach natury kiłowéj, w których środek powyższy okazał się bezskutecznym,

III. Najwięcéj stosował prof. S. *hydrargyrum sozojodolicum* i to w 230 przypadkach kiły konstytucyjnéj, które w ciągu 1 ½ roku wyłącznie tylko wstrzykiwaniami tego środka leczył (*Rp Hydrarg. sozojodol. 0·80, kali jod. 1·60, aq. dest. 10·00 MDS.* do injekcyi).

Wyniki, które autor tym środkiem osiągnął, były świetne 1) Zmiany kiłowe pierwotne ustępowały szybko, a wtórorzędna kiła występowała późnéj, albo w bardzo słabem nasileniu, albo zupełnie ukrycie tak, że autor twierdzi, iż żadną metodą, (chyba tylko wcieraniami) nie można w tak krótkim czasie tak zadowalających rezultatów osiągnąć. 2) Zmiany wtórorzędne (wysypka kiłowa, kłykciny) ustępowały pod wpływem wstrzykiwań nadzwyczaj szybko (6 injekcyj). 3). Wreszcie w trzeciorzędnéj kile i to w kilakach powłok zewnętrznych stosowanie *hydrarg. sozojodol.* musiano przerywać z powodu zbytniego osłabienia chorych i dlatego wyniki były ujemne.

Na podstawie przytoczonych wyników autor uważa hydrargyrum sozojodolicum jako jeden z najlepszych środków przeciwkiłowych, który w postaci wstrzykiwań podskórnych rozwija działanie bardzo energiczne i nie ustępuje żadnym środkom stosowanym podskórnie. Nadto ma środek ten tę ważną zaletę, że jest łatwo rozpuszczalnym, i rtęć przy stosowaniu go łatwo do ustroju wchodzi. (Osobne odbicie z *Wiener klinische Wochenschrift* 1891).

*Dr. Beck.*

Prof. Mosengeil (Bonn): **Salipyryna środek przeciw influenzy.**

Prof. Mosengeil zauważył, że antipyryna stosowana podczas ostatniéj epidemii influenzy, w przypadkach, gdzie brak podwyższenia ciepłoty, działa jako trucizna sercowa i osłabia nadzwyczaj ustrój dotknięty jadem influenzy. Natomiast udało mu się w salipyrynie, przetworze wyrabianym i w handel wprowadzonym przez fabrykę chemiczną F. D. Riedla w Berlinie, znaleść środek specyficzny przeciw influenzy. Prof. Mosengeil stosował salipyrynę u siebie i wielu chorych ze znakomitym skutkiem w dawce 1—2 gr. Zachęcony dobrym wynikiem, jak autor powiada, przez wdzięczność dla tego środka, stosował go autor i w innych cierpieniach zakaźnych nie połączonych z gorączką, a mianowicie w t. zw. zaziębieniu i ostrym nieżycie nosa. W przypadkach tych salipyryna działać miała znakomicie. Chorzy, którzy zazwyczaj dłuższy czas dręczeni byli tem cierpieniem, wyzdrowieli pod wpływem salipyryny bardzo szybko. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1891, Nr. 26). Dr. *A. B.*

Dr. Stein: **Doświadczenia nad wydzielaniem się rtęci z organizmu.**

Rtęć wprowadzona do organizmu w celach leczniczych wydziela się z niego nader powoli, najpowolniéj jednak po stosowaniu przetworów nierozpuszczalnych. Paschkis wykazał obecność rtęci w moczu jeszcze w 13 lat po leczeniu rtęciowem. Doświadczenia, które autor podjął na chorych, wykazały iż po 30 dniach 10 ta część podanéj rtęci z moczem i kałem uchodzi. Jeżeli miał przed sobą przypadki z nawrotami, wprzód nim przystąpił do nowego leczenia, badał, o ile jeszcze wydzielanie rtęci występuje. We wszystkich takich przypadkach rtęć w moczu znajdował, co jest dowodem nieustannego, a powolnego eliminowania rtęci z organizmu (*Wr. kl. Wschft.* 1890, Nr. 52).

## Choroby weneryczne i skórne.

Teufert (Halla): **Pemphigus vulgaris et acutus.**

Na podstawie długoletniego doświadczenia czyni autor następujące wnioski:

1) *Pemphigus vulgaris* występuje symetrycznie na obydwóch połowach ciała.

2) Pęcherze umiejscowiają się w kierunku przebiegu całych pni nerwowych.

3) Początek choroby powstaje często po urazach nerwów, przyłącza się także do istniejących newralgij lub schorzeń mózgowo-rdzeniowych. Badanie anatomiczne stwierdza, że treść pęcherzów zawiera mało czerwonych, a znaczną ilość białych ciałek krwi i tłuszczowo zwyrodniałe komórki przybłonkowe *rete Malpighi*. Barwy jasno żółtéj, bez woni o. c. g. 1·0196, oddziaływania alkalicznego, zawiera, surowica pęcherzów więcéj sodu niż potasu, trochę mocznika, dużo białka, paraglobuliny, a mało tłuszczów. U podstawy pęcherzów brak wszelkich objawów zapalnych, tylko warstwa brodawkowa jest nieco zanikła.

Śródbłonek naczyń i gruczołów potnych w częściach skóry chorobowo zajętych jest przerosły i zaćmiony. Nerwy skórne okazują rozpad pochewek rdzeniowych, nitek osiowych i naciek komórkowy w osłonkach Schwanna. Nerwy pomiędzy ogniskami chorobowemi w zdrowéj skórze się znajdujące nie okazują zmian żadnych. W niektórych okolicach mózgu i rdzenia pacierzowego jakoteż w zwojach nerwu współczulnego znajdują się wśród przebiegu *pemphigus* ogniska stwardniałe (Sirski-Dejérine). Na tej podstawie dojść musimy do tego wniosku, że *pemphigus vulgaris* jest trofoneurozą, tak samo jak *erythema exsudativum, lupus erytematosus, urticaria, herpes iris, zoster* i t. d. Prócz jednak chorobowego stanu nerwów koniecznem jest także pewne usposobienie w budowie samej skóry. Usposobienie to polega na niedostatecznéj zbitości pojedynczych włókien *corium* czyli rozluźnieniu ich, a co zatem idzie, niedostateczna spójnia między przyskórkiem a skórą właściwą. Najlepszym na to dowodem jest pęcherzyca noworodków, ktora jak wiadomo, powstaje często po nieznacznych podrażnieniach mechanicznych lub termicznych. Badania bakteryjologiczne, szczepienia i tworzenia kultur dały wyniki ujemne (Dähnhardt).

Aczkolwiek Hebra niechciał uznać *pemphigus acutus foliaceus* za odrębną chorobę, to przecież dzisiejsza nowa szkoła temu zdaniu hołdować nie może. Pęcherzyca ostra w przebiegu swoim zdradza wszelkie znamiona choroby ostréj zakaźnéj, — dreszcze, wysoka ciepłota, zajęcie i ból głowy, majaczenia, drgawki i wymioty — oto znamiona zatrucia jakimś jadem. W nerwach, mózgu i rdzeniu pacierzowym nie znalazł Adamkiewicz zmian żadnych w (przeciwieństwie do *pemph. vulg.*, ale za to Spielmanns wykazał znakomite zmiany w błonie śluz. żołądka, stłuszczenia wątroby i nerek, znaczne powiększenie śledziony z rozkładem ciałek krwi połączone. Spielmanns i Adamkiewicz znaleźli prócz tego w surowicy pęcherzów laseczniki podobne do połogowych. Tomasoni przypuszcza także tworzenie się leukomainów. (*Müncher m. Woch.* Nr. 34 1891.) *Dr. Mendelsburg.*

## Choroby uszne.

Prof. Kirchner (Würzburg): **O powstawaniu cholesteatomatu.**

Ziółciołojak (*cholesteatoma*) kości skroniowéj jestto szczególny guz przyskórkowy, coraz się zwiększający, rozwijający się zwykle w następstwie przewlekłych spraw ropnych ucha środkowego, który wobec nietamowanego wolnego wzrostu niszczy tkankę kostną i sprowadza nareszcie zejście śmiertelne z powodu zakrzepicy zatok, zapalenia opon lub ropnia mózgowego. Jako uderzający i szczególnie dla leczenia ważny objaw podnosi autor jego uporczywość i częstość nawrotów. Nawet po najstaranniejszem wydaleniu wszystkich dostępnych części schorzałych i po dokładnem zabliźnieniu bł. śluzowéj jamy bębenk. i bez uprzedzających objawów odnowionego zapalenia i ropienia pierwéj lub późniéj pojawiają się bryły cholesteat. Jako przyczynę trzeba przypuścić, że resztki pozostałe w odpowiednich warunkach mogą dać pobudkę do nawrotu całéj sprawy chorobowéj. W poszukiwaniach nad ziółciołojakiem uderzyło autora, że masy tego nowotworu wnikają głęboko w tkankę kostną i napełniają kanaliki kostne Haversa nawet w miejscach jeszcze zdrowych kości. To głębokie wnikanie w naczynia kości może tłomaczyć uporczywość i częstość nawrotów tego cierpienia i skutkiem tego przy zabiegu operacyjnym uważać należy na to, aby jak najwięcéj z kości pozornie jeszcze zdrowéj oddalić, żeby, o ile można wszelkie szczątki cholesteatomatu usunąć. (*Inter. klin. Rundsch.* 1890, Nr. 37). *Dr. Spira.*

## Choroby wewnętrzne.

Ungar: **O leczeniu krztuśca chininą.**

Na podstawie doświadczenia doszedł autor do przekonania, że chinina jest środkiem specyficznym dla krztuśca,

bo zmniejsza liczbę i natężenie napadów i o wiele rzadziej występują powikłania ze strony narządu oddechowego. Autor podaje dzieciom niżej roku 3 razy dziennie po tyle ctg., ile dziecko ma miesięcy, starszym dzieciom po tyle dcg. ile dziecko ma lat. Nie przekracza jednak dziennéj dawki 1,2. Wyjątkowo u silnych dzieci i przy bardzo rozwiniętéj chorobie podaje 1·5. Gdy wystąpi polepszenie, zmniejsza stopniowo dawkę jednorazową i dzienną. Autor nie widział szkodliwego wpływu tego środka na trawienie, słuch, wzrok, układ nerwowy i skórę, rzadko tylko przyspieszenie czynności serca, ale czy to jest wpływem chininy czy saméj choroby, nie jest rozstrzygniętem. Szkodliwy wpływ przypisuje albo złemu preparatowi albo brakowi wolnego kwasu solnego w żołądku. Dla pokrycia smaku radzi dzieciom niżéj 4 lat podawać w kapsułkach, młodszym w roczczynie wodnym z dodatkiem *syrup. rubi idaei* i kilku kropel kwasu solnego, w ostatecznym razie i w lewatywie, albo lepiej podskórnie, używa w tym celu *chinin. bimuriaticum*. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1891. Nr. 18.) *D. F.*

## IV. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

Z kolei wygłosił odczyt Dr. J. Surzycki: „O nerwicach urazowych na podstawie przypadków obserwowanych w klinice lekarskiej krakowskiej."

Praca ta podjęta została wspólnie z Dr. Momidłowskim, który z Dr. S. niektóre przypadki w klinice badał. Materyjał dotyczy 19 przypadkow, przeważnie urzędników kolejowych niższych stopni, którzy dla dokładnego lekarskiego *parere* byli badani całemi miesiącami, nim orzeczenie mogło być wydane. Objawy u nich prawie zawsze jednakowe z większem lub mniejszem nasileniem w zakresie tych lub owych nerwów lub zmysłów obok całego szeregu nieuchwytnych zboczeń, niedających się przedmiotowo wykazać. Najczęstsze zboczenia były w czuciu, w powiększeniu odruchów ścięgnistych, rzadziej już w ruchach, przyczem u niektórych dał się wykazać niedowład w pojedynczych kończynach i drżenie przy spokoju. Najważniejszą zmianą, jednak nie u wszystkich dającą się wykazać, było scieśnienie pola widzenia dla światła białego, zielonego i czerwonego.

Przebieg tych przypadków był w ogóle niekorzystny tak co do trwania jak i wyleczenia, a jeden nawet przypadek zakończył się śmiercią. Na podstawie tych obserwacyj możnaby rozróżnić trzy kategoryje przypadków: do 1-ej grupy należeliby tacy, którzy w skutek wstrząsu moralnego doznają następnie objawów neurastenii lub hysteryi, do 2-éj ci, którzy ulegli jakimś niedającym się ściśle zbadać i określić zboczeniom molekularnym w systemie mózgordzeniowym i u takich zwykle przebieg bywa bardzo niekorzystny, a do 3-éj grupy wliczemby zostali symulanci, którzy na zasadzie doznanego wstrząśnienia chcą ciągnąć materyjalne korzyści.

Wykrycie symulacyi bardzo nieraz trudne a nieraz wprost niemożebne, bo żadne zboczenie samo dla siebie nie cechuje nerwicy urazowéj.

Prelegent przedstawia trudności w wystawianiu orzeczeń lekarskich i radzi trzymać się zasady *in dubiis mitius*.

W dyskusyi Doc. Piotrowski, omawiając nerwice pod względem klinicznym, zwraca uwagę na pewne postacie, z których jedna zbliża się do histeryi, inna do neuroz i wspomina o niektórych objawach pominiętych przez prelegenta. Nadto wskazuje mowca na trudność wykrycia symulacyi; wahania, jakie znajdujemy często śród badania, nie są wcale dowodem, że chory udaje i dlatego zarzuca prelegentowi, że zbyt pochopnie, nie opierając się na pewnych faktach, przypuszcza za często symulacyję.

Dr. Dunin radzi odróżniać nerwice urazowe od chorób nerwowych o podstawie anatomicznéj, które także nierzadko powstają na tle urazu. Symulacyja jest zdaniem Dra D. o wiele rzadszą, niż powszechnie lekarze przypuszczają.

Dr. Zieliński wspomina o przypadku nerwicy urazowéj wyleczonéj za pomocą hypnozy. W tym przypadku objawy chorobowe (napady histero-epileptyczne) przypisać należy autosuggestyi.

W dalszéj dyskusyi zabierali jeszcze głos Dr. Piotrowski i prelegent, omawiając pojedyncze jeszcze szczegóły téj nadzwyczaj ważnéj dla lekarzy zwłaszcza sądowych i kolejowych kwestyi.

Odczyt ten uzupełniony szczegółami z historyi chorób będzie wkótce ogłoszony drukiem.

*Sekcyja chirurgiczna.*

Posiedzenie IV. Przewodniczący Dr. Stankiewicz.

I Wykład Dra Stankiewicza: „O leczeniu *genu valgum* i *genu varum* za pomocą wypiłowania odpowiednich kłykciów kości udowéj (z demonstracyją odlewów)".

Po krótkiéj wzmiance o etyjologii tego cierpienia i o używanych dotąd sposobach leczenia, z których najważniejszą jest osteotomija Oxtona lub Mac Ewena, przytacza prelegent dwa przypadki, w których zapomocą osteotomii nie doszedł do celu i z tego powodu wykonał inną operacyję. Otworzył mianowicie staw kolanowy, przeciął więzadła boczne i odpiłował odpowiedni kłykieć kości udowéj; sprostowawszy kończynę, zaszył ranę. W obu przypadkach (w jednym z nich było zapalenie chroniczne stawu kolanowego) przebieg był bardzo szybki, a wynik piękny. Kończyna jest zupełnie prosta, a dążność do kontraktury zwalczał prelegent mięsieniem i wykonywaniem ruchów biernych.

W dyskusyi dr. Szuman wspomina o dobrych wynikach, otrzymanych przez siebie i innych zapomocą osteotomii Oxtona.

II. Wykład dra Stankiewicza: Cryptorchismus jako przyczyna powstawania i uwięźnięcia przepuklin pachwinowych.

Prelegent opisuje dwa przypadki *cryptorchismus*, w których prawe jądro zostawszy w kanale pachwinowym dało powód do powstania przepukliny pachwinowéj i uwięźnięcia tejże. W jednym z tych przypadków wykonał dr. St. hernijotomiję z podwiązaniem worka przepuklinowego i wycięciem zanikłego jądra, w drugim zaś tylko hernijotomiję. Wynik w obu przypadkach był pomyślny.

W dyskusyi dr. Ziembicki zwraca uwagę na zalecaną obecnie orchitopeksyję, tj. operacyję mającą na celu przemieszczenie jądra ukrytego w prawidłowe położenie do worka mosznowego. Operacyję tę wykonać można po przecięciu *m. cremaster*, jeżeli sznur nasienny jest dość długi. W przeciwnym razie nie należy się wzdrygać przed wycięciem jądra, które zazwyczaj bywa zwyrodniałem.

W dalszéj dyskusyi przemawiają prof. Obaliński i Kosiński, podając przypadki ciekawe z własnéj praktyki.

III. Dr. Stankiewicz demonstruje niektóre narzędzia chirurgiczne.

IV. Wykład prof. Rydygiera: O *ectopia vesicae* (z demonstracyją).

Prelegent wylicza i rozbiera krytycznie 23 dotąd podanych sposobów leczenia tego przykrego cierpienia i w końcu opisuje metodę operacyi przez siebie podaną.

W dyskusyi zabiera głos dr. Stankiewicz winszując prof. Rydygierowi téj nowéj metody, która według przekonania mowcy po udoskonaleniu do bardzo dobrych wyników doprowadzi.

Po wyjaśnieniu danem przez prelegenta prof. Kosińskiemu nastąpił:

V. Wykład dr. Bărącza: „O wartości enteroanastomozy za pomocą szwów płytkowych Senna i inwaginacyi w chirurgii żołądka i jelit (z demonstracyją).

Na podstawie doświadczeń wykonanych na psach poleca prelegent gorąco wykonywanie enteroanastomozy zapomocą metody podanéj przez prof. Senna, tj. zapomocą zakładania szwów płytkowych z kości odwapnianéj. Wyniki tych doświadczeń doprowadziły go do następujących wniosków:

Gastroenterostomija powinna być wykonaną tylko sposobem szwów płytkowych Senna; w przypadkach zgorzeli jelit wobec zapadu chorego należy i resekcyję wykonać zapomocą szwów płytkowych; w niektórych przypadkach rzyci sztucznéj powinna resekcyję zastąpić enteroanastomoza; podobnie i w przypadkach zwężenia jelita lub nowotworu szczególnie kiszki ślepéj. Jako najważniejsze zalety téj metody przytacza prelegent szybkość nadzwyczajną, z którą da się ona wykonać (twórca jéj nazwał ją *„methode rapide“* i możliwość dokładnego złączenia odpowiednich części jelit.

Prof. Rydygier jest przeciwnym zakładaniu szwów sposobem Senna; albowiem jakkolwiek sama operacyja trwa nieco krócéj, to przygotowanie do niej jest długie (płytki odwapniają się kilka tygodni) i żmudne a antyseptyka niepewna. Im prostszy aparat do szycia, tém lepszy. Że te szwy dobrze trzymają u psów, to jeszcze nie dowodzi ich wyższości nad zwyczajnym szwem jelitowym. U psów szwy o wiele lepiej trzymają niż u ludzi, u których nadto operujemy jelito zazwyczaj chore.

Dr. Podgórski uważa szew ten za niebezpieczny z tego powodu, że może wywołać zwężenie jelita.

Prof. Kosiński zwraca uwagę na ujemną stronę szwu płytkowego polegającą na tem, że nie ma się pewności, czy szew należycie zaciśnięto. Ucisk za wielki płytek może być szkodliwym.

Dr. Wehr wyraża nadzieję, że dalsze doświadczenie może metodzie Senna zapewnić w przyszłości powodzenie.

Prelegent zbija mniemanie, jakoby przygotowanie do operacyi było bardzo nużące i wiele czasu zajmowało. Ponieważ takie operacyje nie zdarzają się zbyt często, można na długi czas mieć przygotowany zapas płytek przechowanych w alkoholu z gliceryną, a nawet już nawleczone igły, które w płynie tym prawie wcale nie rdzewieją. Mylne jest także zapatrywanie, że operacyja ta nie jest przyjętą, owszem, wykonywają ją w Anglii. Różnica w trwaniu operacyi jest tak znaczna, że podczas gdy resekcyja jelita wymaga do wykonania przynajmniéj $1^1/_2$ godziny, to enteroanastomoza trwa wszystkiego 10 minut.

II. Dr. Wehr demonstruje przypadek bardzo znacznego przykurczenia ręki 10 lat trwającego, operowany z pomyślnym skutkiem.

W dyskusyi dr. Bogdanik opisuje przypadek z swéj praktyki. Nadto przemawiają jeszcze prof. Kosiński, prof. Rydygier i dr. Wehr.

VII. Dr. Wołkowicz okazuje odlew kikuta po amputacyi metodą Pirogow-Taubera i opisuje bliżéj sposób wykonania téj operacyi będącéj modyfikacyją metody Pirogowa, podając jéj zalety.

Następnie demonstruje dr. Wołkowicz preparat zadawnionego poprzecznego złamania rzepki.

W ożywionej dyskusyi, która głównie toczyła się o to, czy w przypadkach złamania rzepki zakładać szew kostny, czy lepiéj leczyć inną drogą, zabierali głos: drowie Mostowski, Bogdanik, Barącz, Ziembicki, Stankiewicz, Szuman, Wołkowicz i Tchorznicki, poczem na wniosek prof. Rydygiera uchwalono, aby z powodu krótkości czasu nad dalszemi wykładami nie było dyskusyi.

Dr. Wołkowicz wygłosił odczyt: „W kwestyi broni systemu Manlichera“ okazując kule i preparaty.

VIII. Wykłady dr. Dembowskiego: a) Przyczynek do wycięcia raka migdałka“ i b) „Plastyka wobec defektów wargi i policzka“.

IX. Wykład dr. Szumana: „O użyciu lyzolu w chirurgii operacyjnej“.

Na podstawie własnych spostrzeżeń w ciągu $^1/_2$ roku poleca prelegent nowy ten środek przeciwgnilny do zastosowania. Doświadczeń bakteryjologicznych z środkiem tym nie wykonywał, natomiast stosował go do przepłukiwania ran podczas i po operacyi jam gruźliczych, jamy otrzewnowej, przy laparatomii próbnéj z powodu gruźlicy otrzewny z korzystnym wpływem dezynfekcyjnym. Żadnych objawów zatrucia dr. S. nie spostrzegał. Do przepłukiwań używał roztczynu 0·5%, do mycia rąk i pola operacyjnego 1%. Aby płyn był przeźroczysty, należy używać wody destylowanej do roztczynu lysolu.

Odczyt dr. Wachholza: „Spostrzeżenia nad narkozą chloroformową“ był umieszczony w Przeglądzie Lekarskim“.

Prof. Rydygier dziękując członkom sekcyi za liczny udział w pracach jéj, zamknął ostatnie posiedzenie sekcyjne, zapraszając zarazem do równie licznego udziału w przyszłym Zjeździe chirurgów polskich.

*Sekcyja ginekologiczna.*

Posiedzenie IV. Przewodniczący prof. Tyrchowski.

I Wykład dr Kurtza: O użyciu tyolu w ginekologii.

W ciągu 3 miesięcy stosował prelegent tyol w 47 przypadkach, z tych 17 ściśléj obserwował. Dr. K. używał środka tego w postaci tamponów, czopków, maści oraz pędzlowań i na podstawie spostrzeżeń swych doszedł do wniosku, że tyol działa bardzo korzystnie w zapaleniu błony śluzowéj macicy i w zapaleniach okołomacicznych, że wyleczenie następuje bardzo szybko bo w 2–3 tygodni. Tyol ma jeszcze tę wyższość nad innemi środkami np. ichtyolem, że nie sprawia bólu ani palenia, nie ma przykréj woni, plamy przezeń sprawione łatwo dają się wyprać; ma tylko tę wadę, że jest drogi.

II. Wykład dr. Święcickiego: „O operacyjnem leczeniu tyłozgięć macicy“.

Prelegent zastanawia się nad znaczeniem tyłozgięcia, któremu niektórzy odmawiają znaczenia patologicznego, omawia różne sposoby lecznicze i wreszcie podaje swój projekt operowania. Dr. S. radzi mianowicie nacinać sklepienie przednie a po odprowadzeniu macicy w prawidłowe położenie wkładać tampon z wyskokiem do przedniego sklepienia. Wyskok, drażniąc tkankę, wywoła zapalenie zlepne, a następnie zrost który ustali macicę w prawidłowem położeniu.

W dyskusyi dr. Borysowicz przyznaje, że metoda opisana, jeżeli da rezultaty dobre, będzie rzeczywiście najprostszą z dotąd zalecanych. Zachodzi jednak wątpliwość, czy macica ruchoma odprowadzona pozostanie w prawidłowem położeniu i dlatego radzi założyć krążek wewnątrzmaciczny i zarazem pochwowy.

Dr. Kohn i dr. Natanson również chwalą projekt prelegenta, jednakże zwracają uwagę, że w obec tyłozgięcia macicy nie często jest wskazaną operacyja, gdyż można inną drogą również dojść do celu.

III. Dr. Bylicki wspomina o przypadku ciąży, podczas któréj w pierwszych miesiącach występowały typowe bóle porodowe. Przy badaniu przedmiotowem stwierdzono, że podczas bólu macica twardnieje; znaleziono nadto nadzwyczaj wielką pobudliwość nerwową i podniesienie odruchów. Zastosowano antypirynę, brom, kąpiele ciepłe bez skutku.

W dyskusyi dr. Borysowicz i dr. Natanson opowiadają o analogicznych przypadkach.

W końcu dr. Borysowicz demonstruje kilka przyrządów ginekologicznych własnego pomysłu. poczem przewodniczący, dziękując prof. Madurowiczowi za przygotowanie i ułożenie materyjału do obrad sekcyi zamknął ostatnie posiedzenie.

*Sekcyja okulistyczna.*

Posiedzenie IV. Przewodniczący dr. Hasko.

I. wykład dra Kamockiego. Przypadek przerostowego zapalenia naczyniówki w oku z przyrośnięciem tęczówki.

Prelegent opisuje przypadek, w którym po irydektomii przyszło do owrzodzenia i przebicia ściany gałki; a badanie oka wyłuszczonego z powodu bólów w przebiegu *irido-cyklitis* wykazało guzek w naczyniówce o utkaniu mięsaka drobno-okrągło-komórkowego i liczne drobne podobne ogniska. Dr. K. uważa zmiany te za zapalne.

W dyskusyi zabierają głos dr. Marcisiewicz, dr. Sroczyński i prelegent.

II. Dr. Kamocki opisuje i demonstruje preparaty drobnowidowe z 3 przypadków pęknięć urazowych twardówki, przyczem daje pogląd krytyczny na dotychczasowe teoryje tłumaczące mechanizm tych pęknięć, mieszczących się zawsze na brzegu rogówkowo-twardówkowym od góry i nosa.

W dyskusyi zaznacza dr. Sroczyński, że, aczkolwiek rzadko, wydarzają się przecież przypadki pęknięcia w tylnym odcinku gałki, na dowód czego przytacza przez siebie spostrzegany przypadek z kliniki krakowskiéj.

Prof. Rydel sądzi, że w przypadku tym mogło się rozchodzić o „*hypotomia traumatica*“, a nie pęknięcie twardówki.

W dalszej dyskusyi biorą udział drowie Ziemiński. Kamocki i Sroczyński.

III. Wykład dra Sroczyńskiego: „Kilka słów o cięciu przy ekstrakcyi zaćmy twardéj“.

Porównywając 3 modyfikacyje cięcia t. j. cięcie rogówkowe Gałęzowskiego, cięcie Weckera i cięcie płatowe obwodowe z płatem spojówkowym, dochodzi prelegent na podstawie dwu-letniego doświadczenia do przekonania, że pierwszy rodzaj cięcia, jakkolwiek ułatwia samą operacyję, nie wytrzymuje porównania z dwiema ostatniemi modyfikacyjami. Opaźnia bowiem zagojenie się ranki, prowadzi do częstych wgłobień tęczówki i wysokiego astygmatyzmu. Korzyści łatwéj manipulacyi z cięciem 1. dzieli cięcie 2. bez niepożądanych następstw 1. Cięcie 3. zapewnia natomiast szybkie zgojenie ranki i przyczynia się obecnością płatu spojówkowego do uniknięcia infekcyi następowowéj, dlatego zaleca je prelegent we wszytkich przypadkach, gdzie, jak w cierpieniach przewlekłych spojówki i woreczka łzowego, musimy się bardziéj liczyć z możliwością takiéj infekcyi.

W dyskusyi przemawia dr. Ziemiński, który nie widział po cięciu Gałęzowskiego tak znacznego opóźnienia w gojeniu jak prelegent, przypuszcza zatem, że mogło to zależeć od różnic w dalszych aktach operacyi, być może od tego, że Gałęzowski nie wycina tęczówki.

Prof. Rydel nie zgadza się z tem zapatrywaniem, wykonywanie bowiem irydektomii może tylko korzystnie wpłynąć na przebieg następowy, zmniejszając skłonność do opadnięcia tęczówki.

Dr. Kamocki potwierdza spostrzeżenie prelegenta, zwłaszcza ze względu na utrudnione gojenie się ranki we wszystkich przypadkach, gdzie choć nie z umysłu cięcie wypadło w rogówce przeźroczystéj.

Dr. Sroczyński zastrzega się co do tego, jakoby wydawał sąd o metodzie Gałęzowskiego, w ogólności mówił tylko o względnéj wartości różnych modyfikacyj cięcia w równych warunkach przy równoczesnéj irydektomii.

*Sekcyja medycyny teoretycznéj.*

Posiedzenie IV. Przewodniczący Doc. Obrzut:

I. Wykład dra Karlińskiego: „Poszukiwania nad zachowaniem się prątków durowych w ziemi“.

Doświadczenia prelegenta podjęte z czystemi hodowlami prątków durowych, z kałem durowym i narządami osób zmarłych na dur brzuszny, z ziemią zjałowioną i niezjałowioną, wykazały, że prątek durowy zachowuje żywotność swą w ziemi daleko dłużéj niż w wodzie. Przesiąknięcie ziemi wodą wpływa niszcząco na żywotność prątków.

II Wykład dra Sobierańskiego: „O resorbcyi skóry“.

Prelegent używał do doświadczeń swych wazeliny, którą wcierał w skórę królikom i psom. Srodek ten posiada wszystkie warunki potrzebne do ścisłych badań resorbcyi skóry, gdyż jest nieszkodliwy, nie znachodzi się w ustroju zwierzęcym, nie ulega zniszczeniu, dla tego łatwo go wykazać można. Prelegent wykazywał obecność wazeliny w narządach i odchodach zwierząt badanych przez ekstrakcyje benzolem lub eterem uwalniając pozostałość od tłuszczów zapomocą zmydlenia lub etylatu sodowego, a od cholesteryny zapomocą wrzącego kwasu octowego zlodowaciałego. Badanie mikroskopowe skóry wykazywało, że skóra była prawidłową.

III. Kand. med. Szymonowicz opisał: Zakończenie nerwów w włosach dotykowych u myszy“, demonstrując starannie wykonane rysunki oraz bardzo piękne preparaty mikroskopowe wykonane metodą złocenia, które u znawców wywołały uznanie.

IV. Wykład dra Haskoveča (po czesku): „*Chalicosis pulmonum*“.

Prelegent okazuje przypadek pylicy płuc wewnętrznéj (przerzuty wapienne).

V. Wykład dr. Wojtaszka: „O zabójczem działaniu soli żelazowych“.

Z wniosków, które dr. W. z pracy swéj czyni, podajemy najważniejsze: Sole żelazowe działają zabójczo tylko przy podawaniu wprost do krwi lub pod skórę. Działanie zabójcze polega na porażeniu układu nerwowego środkowego. Bezpośrednią przyczyną śmierci jest porażenie oddechania; serce bije czas jakiś po ustaniu oddechania. Wstrzykiwania podskórne, dłuższy czas trwające, wywołują zmiany zapalne w nerkach. Na krążenie i mięsień sercowy żelazo nie wywiera wpływu.

W dyskusyi zabierają głos dr. Sobierański i prelegent.

VI. drd. Zduń demonstrował preparaty mikroskopowe zakonczeń nerwu słuchowego w ślimaku zwierząt wyższych.

Na tem posiedzenie zakończono.

*W sekcyi higijeny i medycyny sądowéj*

na posiedzeniu IV pod przewodnictwem dr. Grabowskiego toczyła się nadzwyczaj żywa rozprawa nad wnioskiem dr. Bujwida, który domaga się, aby sekcyja higijeniczna, wychodząc z dotychczasowych badań na polu medycyny doświadczalnéj, w obec tego, że metoda szczepień Pasteura jest bardzo rozpowszechniona, uznała, że założenie zakładu szczepienia w Krakowie i we Lwowie jest wielce pożądane.

Protomedyk dr. Merunowicz popiera wniosek ten ze względu choćby na moralne zadowolenie pokąsanych przez psy wściekłe.

Prof. Blumenstok popiera również wniosek, oświadczając się jednak tylko za założeniem jednego zakładu np. we Lwowie, który wobec łatwych środków komunikacyi i wobec rzadkości wścieklizny w naszym kraju będzie wystarczającym.

Proff. Szpilman i Kadyi ostro występują przeciwko metodzie Pasteura i przeciw zakładaniu stacyi szczepienia. Pierwszy dowodzi statystyką bezskuteczności a nawet wręcz szkodliwości szczepienia, drugi odmawia mu podstawy naukowéj.

Wreszcie po przemówieniach Drów. Polaka, Ponikły, Pietrzyckiego, Zawadzkiego i Bujwida, przyjęto ostatecznie wniosek dr. Polaka, aby sprawę omawianą odroczyć i przekazać ją do referatu komisyi, którą się ma wybrać do zorganizowania planu prac sekcyi higienicznéj na przyszłym zjeździe. W skład téj komisyi weszli: prof. Blumenstok, dr. Merunowicz, Polak i Wicherkiewicz.

O tym samym przedmiocie również żywa dyskusyja toczyła się na II posiedzeniu sekcyi weterynarskiéj, wywołana referatem prof. Królikowskiego „ O wściekliźnie psów“. I tu prof. Szpilman zarówno jak referent zwalczał metodę Pasteura.

Doc. Walentowicz natomiast przytaczał daty z zakładu Pasteura, z wyników leczenia wścieklizny metodą Pasteura w Węgrzech i wreszcie z własnych spostrzeżeń i na ich podstawie przyznaje metodzie Pasteura nie wątpliwą wartość leczniczą. (Dok. nast.) *Dr. Beck.*

## V. Wiadomości bieżące.

*** Kraków** d. 24 września. W zeszycie 2-gim Pamiętnika Tow. lek. warszawskiego za r. 1891, który właśnie nas doszedł, znajdujemy nowacyję bardzo pożądaną; otóż oprócz treści zwykłéj: dwóch artykułów oryginalnych i protokółów Towarzystwa, zeszyt ten mieści w sobie Przegląd piśmiennictwa

lekarskiego polskiego za r. 1889, obejmujący 143 stronnic. Materyjał obfity uporządkowany jest w 13 działach, a mianowicie: 1) Anatomija, histologija, fizyjologija i chemija lek., sprawozdawca Jakowski, 2) anatomija patologiczna, bakteryjologija, patologija ogólna i doświadczalna, sprawozd. Chełchowski, 3) Farmakologija i toksykologija, sprawozd. Pruszyński, 4) Terapija ogólna i dyjagnostyka lek., sprawozd. Pruszyński, 5) Patologija i terapija szczegółowa oraz pedyjatryja, sprawozd. Bruner i Puławski, 6) Laryngologija, rhinologija i otyjatryja, sprawozd. Srebrny, 7) Chirurgija, sprawozd. Szteyner, 8) Akuszeryja i ginekologija, sprawozd. Rogowicz, 9) Okulistyka, sprawozd. Gepner syn, 10) Syfilidologija i dermatologija, sprawozd. Trzciński, 11) Medycyna sądowa, sprawozd. Szumlański, 12) Hygijena, epidemijologija, statystyka lek., sprawozd. Szumlański, 13) Historyja medycyny, sprawozd. Dobrzycki. — Wszystkich referatów jest 281; są one wszystkie treściwe, zwięzle, a mimo to wyczerpujące. Redakcyja Pamiętnika widocznie postanowiła prowadzić dalej dzieło rozpoczęte przez wydawcę Rocznika medycyny polskiéj; za tem przemawia dodatek umieszczony na tytule Przeglądu „Rok XI". Nowacyja ta zasługuje na wszelkie uznanie i wdzięczność dla redakcyi ze strony wszystkich lekarzy polskich, którzy w poważnem czasopiśmie lekarskiem znajdą dokładny spis i streszczenie prac, ogłoszonych w roku ubiegłym. Spodziewamy się też, że lekarze nasi wyrażą redakcyi Pamiętnika uznanie i podziękowanie swoje w inny aniżeli platoniczny sposób; a mianowicie nie wątpimy, że Pamiętnik nabędzie większéj wartości i dla lekarzy praktykujących, dla których znajomość literatury lekarskiéj polskiéj nie jest obojętną, i że nierównie liczniéj aniżeli dotąd i w naszéj prowincyi lekarze przez abonowanie Pamiętnika wywdzięczą się temuż za jego staranie, aby dogodzić potrzebie lekarzy polskich.

* Według listu otrzymanego przez redakcyję „Nowej Reformy", współpracownik nasz, krakowianin, Dr. Justyn Karliński, znany z licznych prac higijenicznych, wysłany przed 6. tygodniami przez rząd Bośnii i Herzogowiny do Arabii, celem zbadania i dozorowania pielgrzymów bośniackich, wracających z Mekki, odbył razem z tymi pielgrzymami kwarantanę zrazu w El-Dor na półwyspie Sinai, a obecnie znajduje się w kwarantanie na wybrzeżu małéj Azyi w Claromene pod Smyrną. Skoro władze tureckie uznają go i jego towarzyszy, 61 Bośniaków, za wolnych od cholery, powróci Dr. Karliński przez Konstantynopol do Bośnii.

* W tygodniu 36-tym (od 6—13 września) było w Krakowie na 74,601 mieszkańców urodzeń 51, skonów 43; z tych z nieżytu żołądka i jelit 9, z gruźlicy 5, z zapalenia płuc 5, z dławca 3.

* W Cieplicach czeskich było do dnia 19 września gości 6302.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Potwierdzeni zostali przez Ministerstwo Dr. Jakób Pál jako docent prywatny med. wewnętrznéj we Wiedniu, a Dr. Karol Kuffner jako docent psychijatryi ogólnej i szczegółowéj oraz sądowéj w wydziale lek. czeskim w Pradze. — Dr. Bitter habilitował się we Wrocławiu jako docent higijeny.

* **Nekrologija.** We Lwowie umarł d. 21 b. m. tameczny lekarz powiatowy Dr. Aleksander Lech w 63 roku życia. Nieboszczyk był wychowańcem uniwersytetu Jagiell. a przed 20 i kilku laty asystentem prof. położnictwa ś. p. Kwaśniewskiego w Krakowie. — We Wiedniu umarł Dr. Karol Wedl, profesor histologii. Urodzony tamże d. 14 października 1815 r. uzyskał stopień doktora w r. 1841, praktykował przez parę lat w Salzburgu i Ischlu, a następnie odbywszy podróż naukową, osiadł we Wiedniu, gdzie poświęcił się histologii, a ogłosiwszy liczne prace habilitował się w r. 1849 a w r. 1853 mianowany został profesorem nadzw., w r. 1872 zaś profesorem zwyczajnym histologii w uniw. wiedeńskim; w r. 1883 przed ustąpieniem z katedry po ukończeniu 70-go roku życia wybrany został rektorem uniwersytetu. Przez szereg lat był on we Wiedniu pierwszą powagą w dziedzinie histologii. — W Warszawie umarł d. 10 bm. Maks. Hopfenblum, b. Ordynator kliniki szpitalnéj uniw. warszawskiego, licząc lat 34, po 15-letnich cierpieniach (gruźlica płuena). Pisma lekarskie warszawskie jednomyślnie podnoszą jego zdolności, pilność i zacność; chlubne to świadectwo, oddane zmarłemu młodemu koledze, nie jest wcale przesadzone, bo mieliśmy sposobność poznać zalety nieboszczyka podczas pobytu jego w Meranie przed 2 laty, a głównie jego wykształcenie lekarskie i wielką skromność. Cześć jego pamięci!

Bolesną otrzymujemy w ostatniéj chwili wiadomość o śmierci Dra Józefa Orłowskiego w Przemyślu, która zaszła d. 21 b. m. Nieboszczyk liczył lat 52, był wychowańcem szkół krakowskich, znany tu ze zdolności i wielkiéj zacności. Praktykował w Przemyślu i był prymaryjuszem tamecznego szpitala powszechnego. Jako student poważany przez kolegów, jako lekarz używał powszechnego szacunku z powodu swéj zacności i skromności. Tracimy w nim kolegę światłego, obywatela prawego. Pamięć o nim śród kolegów ściślejszych nigdy nie zaginie!

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 9.072 **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

W celu obsadzenia opróżnionej posady c. k. lekarza powiatowego, ewentualnie c. k. asystenta sanitarnego, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do d. 15 Październik b. r.

Kandydaci mają podania swe zaopatrzone w dowody kwalifikacyjne, wymagane ustawą z dnia 21 Marca 1873 r. (D. u. p. Nr. 37), niemniej w dowody znajomości języków krajowych wnieść w powyższym terminie do Prezydyjum c. k. Namiestnictwa, mianowicie kompetenci pozostający w służbie państwowéj w przepisanéj drodze służbowéj, inni zaś przez odnośne c. k. Starostwa, a we Lwowie i w Krakowie przez c. k. Dyrekcyję Policyi.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa
Lwów dnia 20 września 1891 r.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.